

ສຸຂະພາບທີ່ດີໃນວັນຂ້າງໜ້າເລີ່ມຕົ້ນຕັ້ງແຕ່ວັນນີ້ ໃຫ້ໂທຟຣີ, 1-800-880-5305

ໃຫ້ໃຊ້ໃບສັກທາງໄປສະນີໃບນີ້ເພື່ອຮ້ອງຂໍ



ການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າສໍາລັບເດັກ,
ຕັ້ງແຕ່ເກີດຈົນຄົບອາຍຸ 18
ປີ ແລະພວກແມ່ມານ

- ມີຜົນປະໂຫຍດຢ່າງຄົບຖ້ວນໃນດ້ານສຸຂະພາບ, ດ້ານຮັກສາແຂ້ວ, ແລະດ້ານຮັກສາສາຍຕາສໍາລັບເດັກໂດຍບໍ່ຈ່າຍຄ່າ.
- ບໍ່ມີຄ່າງວດປະຈໍາເດືອນ.
- ບໍ່ມີຄ່າຈ່າຍຮ່ວມສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດຂະນິດໃດໆ.
- ສາມາດເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຕ່າງໆໄດ້ໃນເຂດນະຄອນສ່ວນຫລາຍ.
- ຊັບສິນຂອງຄອບຄົວ (ເຊັ່ນເງິນສະສົມຫລືຣິດຍິນ) ຈະບໍ່ໄດ້ນັບໃນການພິຈາະນາສິດໄດ້ຮັບ.
- ມີເດັກຫລາຍກວ່າເກົ່າຈາກຄອບຄົວທີ່ມີຮາຍໄດ້ສູງທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າ**.
- ມີໄວ້ສໍາລັບເດັກໃນຄອບຄົວທີ່ມີແຕ່ພໍ່ຫລືແມ່ຄົນດຽວຫລືໃນຄອບຄົວທີ່ທັງສອງພໍ່ແມ່ເຮັດວຽກ.
- ມີໃບສັກທາງໄປສະນີ. ບໍ່ຕ້ອງໄປສໍານັກງານຂອງກົມສັງຄົມສິ່ງເຄາະເພື່ອສັກ.



ການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີລາຄາຕໍ່າສໍາລັບເດັກ
ຕັ້ງແຕ່ເກີດຈົນຄົບອາຍຸ 18 ປີ
ແລະພວກແມ່ມານ

- ມີການປະກັນຄົບຖ້ວນໃນດ້ານສຸຂະພາບ, ດ້ານຮັກສາແຂ້ວ, ແລະດ້ານຮັກສາສາຍຕາທີ່ມີລາຄາຕໍ່າ.
- ມີຄ່າງວດປະຈໍາເດືອນຕໍ່າຕັ້ງແຕ່ \$4 ຕໍ່ເດັກຄົນໜຶ່ງ ເຖິງຈໍານວນສູງສຸດ \$45 ຕໍ່ຄອບຄົວ.
- ບໍ່ມີຄ່າຈ່າຍຮ່ວມສໍາລັບການບໍຣິການປ້ອງກັນ (ເຊັ່ນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ). ມີຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ \$5 ສໍາລັບການບໍຣິການດ້ານບໍຣິການ (ເຊັ່ນການພົບທ່ານໝໍຍ້ອນຈັບປ່ວຍ).
- ສາມາດເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ການຮັກສາແຂ້ວ, ແລະການຮັກສາສາຍຕາຕ່າງໆໄດ້.
- ຊັບສິນຂອງຄອບຄົວ (ເຊັ່ນເງິນສະສົມຫລືຣິດຍິນ) ຈະບໍ່ໄດ້ນັບໃນການພິຈາະນາສິດໄດ້ຮັບ.
- ມີໄວ້ສໍາລັບເດັກທີ່ບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບແລະເດັກທີ່ມີ **Medi-Cal ທີ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າ**.
- ມີໄວ້ສໍາລັບເດັກໃນຄອບຄົວທີ່ມີແຕ່ພໍ່ຫລືແມ່ຄົນດຽວຫລືໃນຄອບຄົວທີ່ທັງສອງພໍ່ແມ່ເຮັດວຽກ.
- ມີໃບສັກທາງໄປສະນີ.
- ໃຫ້ຍື່ນໃບສັກລ່ວງໜ້າ 3 ເດືອນສໍາລັບເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ, ຫລືເດັກທີ່ຈະມີອາຍຸ 1 ປີຫລື 6 ປີ, ແລະໝົດສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບ **Medi-Cal ໂດຍບໍ່ເສີຍຄ່າ**.

Medi-Cal ແລະ Healthy Families ແມ່ນໂຄງການຮັກສາສຸຂະພາບສອງໂຄງການ :

- ການກໍານົດວ່າເດັກຈະມີສິດເຂົ້າໂຄງການໃດນັ້ນຈະຂຶ້ນກັບຈໍານວນຄົນໃນຄອບຄົວ, ອາຍຸຂອງເດັກແລະຮາຍໄດ້. ເດັກທີ່ມີອາຍຸໜ້ອຍອາດມີສິດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າ** ແລະເດັກທີ່ມີອາຍຸສູງອາດມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families**.
- ຖ້າເດັກມີສິດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າ**, ເຂົາບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families**.
- ຖ້າຮາຍໄດ້ສູງເກີນໄປຊຶ່ງບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າ**, ລູກຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families**.

ເພື່ອມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຫລື Healthy Families ໂດຍການໃຊ້ແບບຟອມນີ້, ບຸກຄົນນັ້ນຕ້ອງເປັນ :

- ເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີຫລືເປັນແມ່ມານ
- ມີຮາຍໄດ້ບໍ່ເກີນຈໍານວນທີ່ກໍານົດ
- ຄົນອາໄສໃນຣັດ California
- ສັນຊາດອາເມຣິກັນ, ຊົນຊາດອາເມຣິກັນ, ຫລືຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ມີສິດພັກອາໄສ. ຢ່າງໃດກໍດີເດັກຫລືແມ່ມານຜູ້ໃດກໍຈະສາມາດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal** ແນວໃດແນວນຶ່ງໄດ້ໂດຍຈະບໍ່ຖືຖານະການເຂົ້າເມືອງຫລືວັນທີ່ໄດ້ເຂົ້າເມືອງ.

ວິທີສັກ:



ເພື່ອສັກ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຈະຮູ້ວ່າເດັກຫລິ້ນຂອງທ່ານຈະມີສິດເຂົ້າໂຄງການໃດ.

- ໃຫ້ທ່ານພຽງແຕ່ຂຽນປະກອບໜ້າ A1-A3 ຂອງໃບສັກແລະສົ່ງມາພ້ອມກັບເອກະສານທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດ ໂດຍທາງໂປສະນີເທົ່ານັ້ນ.
- ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ວ່າລູກຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families**, ທ່ານຈະສາມາດຂຽນປະກອບໜ້າ A4 ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ສົ່ງທັງ 4 ໜ້າ (A1-A4) ໂປສະນີ, ພ້ອມດ້ວຍເງິນຄ່າງອດແລະ ເອກະສານທີ່ກຳນົດທຸກຢ່າງ. ທ່ານສາມາດເຮັດດຽວນີ້ກໍໄດ້ ຫລືພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ກັບທ່ານຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນວ່າລູກຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຫລືບໍ່. ແຕ່ຖ້າທ່ານໄດ້ຂຽນປະກອບດຽວນີ້, ກໍຈະສາມາດຕັ້ງຕົ້ນຮັບປະກັນໄວກວ່າ.
- ແມ່ແຕ່ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຮູ້ວ່າລູກຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal** ຫລືບໍ່ນັ້ນ, ທ່ານສາມາດໂທຮະສັບໂປສະນີ 1-800-430-4263 (ໂທຮະສັບຟຣີ), ເພື່ອໃຫ້ຮູ້ກ່ຽວກັບໂຄງການສຸຂະພາບຕ່າງໆທີ່ມີໃນເຂດຂອງທ່ານ ແລະເພື່ອຂໍເອກະສານຂໍ້ມູນພ້ອມກັບຟອມລົງທະບຽນຕ່າງໆ.

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອບໍ? ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທຸກຢ່າງຟຣີ!

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຮູ້ຈັກວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການໃດກ່ອນທີ່ຈະເຊັນແລະສົ່ງໃບສັກຂອງທ່ານ, ຫລືທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຂຽນປະກອບໃບສັກ, ໃຫ້ໂທຫາເຮົາຕາມສາຍໂທຮະສັບຟຣີ **1-800-880-5305**. ຜູ້ຮັບສາຍຂອງພວກເຮົາສາມາດເນະນຳຊື່ແລະເລກໂທຮະສັບຂອງຜູ້ຊ່ວຍທີ່ມີການຮັບຮອງທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກຝົນທີ່ຢູ່ໃນເຂດຂຽນຂອງທ່ານ.

ລາຍໄດ້ລວມຕໍ່ເດືອນ (ນິເບນໃຊ້ໄດ້ແຕ່ວັນທີ 1 ເມສາ 2006 ຜ່ານຕົ້ນໄປ)

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຮູ້ຈັກວ່າລູກຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການໃດ, ແຕ່ທ່ານຈະສາມາດໃຊ້ຕາຕະລາງຢ່າງລຸ່ມນີ້ໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄິດເອງ. ຖ້າຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງ ຄອບຄົວທ່ານເທົ່າກັບຫລືໜ້ອຍກວ່າຈຳນວນທີ່ບອກຂ້າງລຸ່ມນີ້, ລູກຂອງທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families** ຫລື **Medi-Cal** ໂດຍບໍ່ຈ່າຍຄ່າ. ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກ, ຈ່າຍຄ່າດູແລລູກ, ຫລືຈ່າຍ/ຮັບເງິນຄ່າລ້ຽງເດັກແລະ/ຫລືເງິນຄ່າລ້ຽງຄູ່ສົມຮິດ, ພວກເຮົາອາດຄິດລະດັບເງິນຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທ່ານໃຫ້ໜ້ອຍລົງໄດ້. ຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວ, ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຫັກອອກໄດ້, ກໍໄດ້ຖືກອະທິບາຍທົ່ວຄຳເນະນຳສະບັບນີ້. ເພື່ອຂໍຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຄອບຄົວທີ່ໃຫຍ່ກວ່ານີ້, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເລກໂທຟຣີ **1-800-880-5305** ຫລືຖາມຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການສັກທີ່ມີການຮັບຮອງ.

ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ	ເດັກເກີດໃໝ່ເຖິງ 1 ປີຫລືແມ່ມານ MEDI-CAL	ເດັກເກີດໃໝ່ເຖິງ 1 ປີ HEALTHY FAMILIES	ເດັກທີ່ມີອາຍຸ 1 ຫາ 5 ປີ MEDI-CAL	ເດັກທີ່ມີອາຍຸ 1 ຫາ 5 ປີ HEALTHY FAMILIES	ເດັກທີ່ມີອາຍຸ 6 ຫາ 18 ປີ MEDI-CAL	ເດັກທີ່ມີອາຍຸ 6 ຫາ 18 ປີ HEALTHY FAMILIES
1	\$0 - \$1,634	\$1,635 - \$2,042	\$0 - \$1,087	\$1,088 - \$2,042	\$0 - \$ 817	\$ 818 - \$2,042
2	\$0 - \$2,200	\$2,201 - \$2,750	\$0 - \$1,463	\$1,464 - \$2,750	\$0 - \$1,100	\$1,101 - \$2,750
3	\$0 - \$2,767	\$2,768 - \$3,459	\$0 - \$1,840	\$1,841 - \$3,459	\$0 - \$1,384	\$1,385 - \$3,459
4	\$0 - \$3,334	\$3,335 - \$4,167	\$0 - \$2,217	\$2,218 - \$4,167	\$0 - \$1,667	\$1,668 - \$4,167
5	\$0 - \$3,900	\$3,901 - \$4,875	\$0 - \$2,594	\$2,595 - \$4,875	\$0 - \$1,950	\$1,951 - \$4,875
6	\$0 - \$4,467	\$4,468 - \$5,584	\$0 - \$2,971	\$2,972 - \$5,584	\$0 - \$2,234	\$2,235 - \$5,584

ຄຳເນະນຳສຳລັບໃບສັກ

ພາກ 1

ໃຫ້ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜູ້ທີ່ກຳລັງສັກສຳລັບເດັກ, ແມ່ມານ, ເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ, ຫລືສຳລັບຕົນເອງ.

ຄຳຖາມ 16

ພວກເຮົາສົ່ງເສີມທ່ານໃຫ້ສວຍໂອກາດຮັບການຮັກສາສຸຂະພາບລູກຂອງທ່ານບໍ່ວ່າເຂົາມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການໃດ.

- **ເດັກ:** ພວກເຮົາຈະລົງທະບຽນໃຫ້ລູກຂອງທ່ານໃນໂຄງການທີ່ເຂົາມີສິດໄດ້ຮັບ ວັນໄວ້ແຕ່ທ່ານໄດ້ບອກເຮົາວ່າບໍ່ຢາກໃຫ້ເຂົາລົງທະບຽນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຢາກໃຫ້ລູກຂອງທ່ານ ໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໂຄງການໃດ, ຈົ່ງບອກເຮົາໂດຍໝາຍບໍ່ອກໂຄງການທີ່ບໍ່ຢາກເອົາ. ໝາຍຄວາມວ່າຖ້າທ່ານໄດ້ໝາຍບໍ່ອກຂອງ **Medi-Cal** ແລະລູກຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ **Medi-Cal**, ເຂົາເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປະກັນຮັກສາສຸຂະພາບຈາກໂຄງການທັງສອງ.

- **ພວກແມ່ມານ:** ໂຄງການມີສິດໄດ້ຮັບສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່ແລະແມ່ (AIM) ມີການຮັກສາສຸຂະພາບສຳລັບ ພວກແມ່ມານທີ່ບໍ່ມີການປະກັນຊຶ່ງມີຮາຍໄດ້ສູງ ໂພດຈິ່ງຮັບ **Medi-Cal** ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍ່ໄດ້. ເພື່ອຂໍຮາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມແລະເພື່ອຂໍໃບສັກໂຄງການ AIM ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-433-2611.

ພາກ 2

ໃຫ້ບອກເຮົາກ່ຽວກັບຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີແລະ/ຫລືພວກແມ່ມານຜູ້ທີ່ຕ້ອງການປະກັນສຸຂະພາບ.

ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມ 17-32 ສຳລັບລູກແຕ່ລະຄົນຫລືແມ່ມານທີ່ຕ້ອງການປະກັນສຸຂະພາບ. ຖ້າທ່ານຍິນໃບສັກສຳລັບເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ, ຈົ່ງໝາຍຫ້ອງທີ່ບອກວ່າເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດຢູ່ກ້ອງຫ້ອງ **ເດັກ 1** ແລະບອກຮາຍລະອຽດທຸກຢ່າງເທົ່າທີ່ທ່ານຮູ້ໃນເວລານີ້. ການປະກັນສຸຂະພາບສຳລັບເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດຈະຕັ້ງຕົ້ນແຕ່ **Healthy Families** ໄດ້ຮັບເອກະສານເກີດຂອງເດັກ. ເພື່ອຕື່ມລູກ, ໃຫ້ໃສ່ເຈ້ຍໃບໃໝ່ຫລືໃບສຳເນົາຂອງໜ້າ A1 ແລະ A2 ຂອງໃບສັກ.

ຄຳຖາມ 18

ຖ້າຕ່າງກັນກັບຄຳຕອບຂອງຄຳຖາມ 17, ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມນີ້.

ຄຳຖາມ 19

ໃຫ້ຂຽນທີ່ຢູ່ທັງໝົດພ້ອມດ້ວຍເລກບ້ານແລະຊື່ຖານີນ, ເລກຫ້ອງແຖວ, ເມືອງ ແລະເລກຊົບ, ຖ້າຕ່າງກັນກັບພາກ 1.

ຄຳຖາມ 20

ໃຫ້ຂຽນບອກວ່າເດັກຫລືແມ່ມານແຕ່ລະຄົນໄດ້ມີສາຍພົວພັນກັນແນວໃດກັບຄົນທີ່ມີຊື່ໃນພາກ 1, ຄຳຖາມ 1. **ຕົວຢ່າງ:** ເປັນລູກສາວ, ເມັຍ, ລູກລ້ຽງ, ຫລານ, ແລະອື່ນໆ.



ໃບສັມັກ

ກະຮຸນຳອ່ານແລະປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນໍາເພື່ອຂຽນປະກອບໃບສັມັກນີ້.
ໃຫ້ຂຽນໃຫ້ແຈ້ງ. ໃຫ້ໃຊ້ປາກກາສິດໍາຫລືສີຟ້າເທົ່ານັ້ນ.



ໝວດ 1: ໃຫ້ບອກລາຍລະອຽດຂອງຜູ້ທີ່ສັມັກໃຫ້ລູກ, ແມ່ນານ, ເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ, ຫລືຕົນເອງ.

1 ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ກາງ	2 ວັນເກີດ	/ /	ດ / ວ / ປ
3 ທີ່ຢູ່ (ເລກເຮືອນແລະຖານີ) . ຢ່າໃຊ້ຕູ້ ປ.ນ.	4 ເລກຫ້ອງແຖວ		5 ເລກໂທຣະສັບຢູ່ເຮືອນ ()		
6 ເມືອງ	7 ເຄື່ອງນຸ້ມ	8 ເລກຊົບ	9 ເລກໂທຣະສັບຢູ່ບ່ອນເຮັດການ ()		
10 ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າຕ່າງກັນກັບທີ່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້) ຫລືຕູ້ ປ.ນ.		11 ເລກຫ້ອງແຖວ		12 ເລກໂທຣະສັບຢູ່ບ່ອນຝາກຄວາມໄວ້ ()	
13 ເມືອງ		14 ເລກຊົບ			
15A ທ່ານປາກພາສາໃດດີກວ່າໝູ່?			15B ທ່ານອ່ານພາສາໃດໄດ້ດີກວ່າໝູ່?		

16 ພວກເຮົາຈະລົງທະບຽນໃຫ້ເດັກຫລືແມ່ນານຕາມໂຄງການທີ່ເຂົາເຈົ້າມີຄຸນສົມບັດເຂົ້າໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ຢາກລົງທະບຽນເຂົ້າໂຄງການໃດໆ, ໃຫ້ໝາຍບໍ່ອອກຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການ: **Healthy Families:** ຢ່າສິ່ງໃບລາຍເກີດ. ຢ່າຂຽນປະກອບໜ້າ Healthy Families .
 Medi-Cal

ໝວດ 2: ໃຫ້ບອກລາຍລະອຽດຂອງເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີແລະ/ຫລືແມ່ນານທີ່ຕ້ອງການຮັບການປະກັນສຸຂະພາບ.

	ເດັກທີ 1 ຫລືເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ	ເດັກທີ 2	ເດັກທີ 3	ເດັກທີ 4	ແມ່ນານ
17 ຊື່: ນາມສະກຸນ					
ຊື່:					
ຊື່ກາງ					
18 ຊື່ໃນໃບລາຍເກີດ: ນາມສະກຸນ					
(ຖ້າສືບກັນ #17 ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້, ໃຫ້ປະໄວ້ໃຫ້ວ່າງ.)					
ຊື່ກາງ					
19 ຖ້າທີ່ຢູ່ຂອງເດັກ ບໍ່ ສືບກັນກັບທີ່ຢູ່ໃນໝວດ 1 ຄໍາຖາມ 3, ໃຫ້ຂຽນທີ່ຢູ່ຄົບຖ້ວນ:					
20 ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ທີ່ມີຊື່ໃນໝວດ 1:					
21 ເພດ:	<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ				
22 ວັນເກີດ:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ
23 ບ່ອນເກີດ: ເຄື່ອງນຸ້ມ, ຮັດ, ຫລືປະເທດ, ຖ້າຢູ່ນອກສະຫະຣັດ					
24 ລະຫັດຊົນຊາດ: (ໃຫ້ສົ່ງຄໍາແນະນໍາທີ 24)					
25 ເປັນສັນຊາດສະຫະຣັດຫລືຊົນຊາດສະຫະຣັດບໍ່? ຖ້າ "ບໍ່ແມ່ນ", ກະຮຸນຳຂຽນວັນທີ່ໄດ້ເຂົ້າສະຫະຣັດ.	<input type="checkbox"/> ເປັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເປັນ				
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ	ດ ວ ປ
26 ເລກໂຊໂຊ:					

ທຸກຄົນຕ້ອງຂຽນເລກໂຊໂຊ, ຍົກເວັ້ນແຕ່ທີ່ສັມັກ Healthy Families ແລະຄົນທີ່ຕ້ອງການບໍລິການດ້ານສຸກເສີນຫລືດ້ານການຖືພາເທົ່ານັ້ນ.

ໝວດ 2: ຕໍ່

ເດັກທີ 1 ຫລືເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ
ເດັກທີ 2
ເດັກທີ 3
ເດັກທີ 4
ແມ່ນາມ

ໝາຍກາ ຖ້າບໍ່ທັນເກີດ

27	ຊື່ແມ່: _____ ນາມສະກຸນ _____ ສະ _____ ແມ່ຢູ່ໃນເຮືອນດຽວຫລືບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່				
28	ຊື່ພໍ່: _____ ນາມສະກຸນ _____ ສະ _____ ພໍ່ຢູ່ໃນເຮືອນດຽວຫລືບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່				
29	ຊື່ແມ່ນາມສະກຸນຂອງສາວວິຍາຍລຸ້ນ ຫລືຜົວຂອງແມ່ນາມ: _____ (ຖ້າຢູ່ໃນເຮືອນດຽວ)					
30	ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ສມັກໃຫ້ນັ້ນໄດ້ເຂົ້າ Medi-Cal ແບບບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍ່? ຖ້າ "ມີ", ໃຫ້ຂຽນວັນທີທີ່ການ ປະກັນຈະສິ້ນສຸດ/ໄດ້ສິ້ນສຸດແລ້ວ.	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ດ ວ ປ
31	ແມ່ນາມແລະ/ ຫລືເດັກມີການປະກັນສຸຂະພາບ, ເຮືອຫລືສາຍຕາແຜ່ນອິນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ				
32	ມີເດັກຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຮັບການປະກັນ ຈາກນາຍຈ້າງພາຍໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາມາມີຫລືບໍ່? ຖ້າ "ມີ", ໃຫ້ໝາຍສາເຫດ ວ່າການປະກັນສຸຂະພາບໄດ້ ສິ້ນສຸດລົງເພາະຫຍັງພ້ອມທັງ ວັນທີທີ່ການປະກັນນັ້ນໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ.	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕົກງານ <input type="checkbox"/> ຍ້າຍເຮືອນແລະບໍ່ມີການ ປະກັນທີ່ຫາໄດ້ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຍົກເລີກພົນປະ ໂຫຍດໃຫ້ລູກຈ້າງທຸກຄົນ <input type="checkbox"/> ການປະກັນ COBRA ໝົດອາຍຸ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕົກງານ <input type="checkbox"/> ຍ້າຍເຮືອນແລະບໍ່ມີການ ປະກັນທີ່ຫາໄດ້ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຍົກເລີກພົນປະ ໂຫຍດໃຫ້ລູກຈ້າງທຸກຄົນ <input type="checkbox"/> ການປະກັນ COBRA ໝົດອາຍຸ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕົກງານ <input type="checkbox"/> ຍ້າຍເຮືອນແລະບໍ່ມີການ ປະກັນທີ່ຫາໄດ້ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຍົກເລີກພົນປະ ໂຫຍດໃຫ້ລູກຈ້າງທຸກຄົນ <input type="checkbox"/> ການປະກັນ COBRA ໝົດອາຍຸ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕົກງານ <input type="checkbox"/> ຍ້າຍເຮືອນແລະບໍ່ມີການ ປະກັນທີ່ຫາໄດ້ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຍົກເລີກພົນປະ ໂຫຍດໃຫ້ລູກຈ້າງທຸກຄົນ <input type="checkbox"/> ການປະກັນ COBRA ໝົດອາຍຸ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____ / / ດ ວ ປ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕົກງານ <input type="checkbox"/> ຍ້າຍເຮືອນແລະບໍ່ມີການ ປະກັນທີ່ຫາໄດ້ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຍົກເລີກພົນປະ ໂຫຍດໃຫ້ລູກຈ້າງທຸກຄົນ <input type="checkbox"/> ການປະກັນ COBRA ໝົດອາຍຸ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____ / / ດ ວ ປ

ໝວດ 3: ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ. ຈະໃຊ້ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວເພື່ອພິຈາະນາວ່າລູກຈະມີສິດເຂົ້າໂຄງການໃດໄດ້.

33 ໃຫ້ບັນທຶກຊື່ຂອງເດັກຄົນອື່ນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ບັນທຶກໃນໝວດ 2. ໃຫ້ບອກສາຍພົວພັນກັນກັບຜູ້ທີ່ມີຊື່ໃນໝວດ 1 ຄຳຖາມ 1.

ນາມສະກຸນ, ຊື່ _____ ສາຍພົວພັນກັນ _____	ນາມສະກຸນ, ຊື່ _____ ສາຍພົວພັນກັນ _____
ນາມສະກຸນ, ຊື່ _____ ສາຍພົວພັນກັນ _____	ນາມສະກຸນ, ຊື່ _____ ສາຍພົວພັນກັນ _____

34 ມີສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດທີ່ຢູ່ເຮືອນທີ່ຖືພາບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ
 ຖ້າມີ, ແມ່ນຜູ້ໃດ? _____ ວັນທີ່ຈະອອກລູກ: _____

35 ໃຫ້ບັນທຶກຊື່ແມ່ນ້າຜູ້ໃດທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ບັນທຶກເທື່ອ: _____ ນາມສະກຸນ, ຊື່ _____

36 ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ມີຊື່ໃນໝວດນີ້ຫລືແມ່ນຜູ້ໃດທີ່ມີຊື່ໃນໝວດ 2 ທີ່ຕ້ອງການ **Medi-Cal** ບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ



ຖ້າປາກົດວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families** ດູ່ລະປາກເລືອກແຜນສຸຂະພາບ, ແຜນຮັກສາແຂ້ວແລະແຜນຮັກສາສາຍຕາດຽວນີ້, ໃຫ້ຂຽນປະກອບໜ້ານີ້. ບໍ່ສະນັ້ນພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ກັບທ່ານທີ່ຫຼັງເພື່ອເອົາລະອຽດນີ້. ໃຫ້ເບິ່ງ**ບັນຊີນີ້ Healthy Families** ເພື່ອເອົາລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ, ຫລືໄປເບິ່ງສະຖານທີ່ອິນເຕີເນັດຂອງເຮົາຢູ່ທີ່ www.healthyfamilies.ca.gov.

ໝວດ A: ການເລືອກແຜນສຸຂະພາບ, ແຜນຮັກສາແຂ້ວແລະແຜນຮັກສາສາຍຕາ.

56	ແຜນສຸຂະພາບ/ລະຫັດ	57	ແຜນຮັກສາແຂ້ວ/ລະຫັດ	58	ແຜນສາຍຕາ/ລະຫັດ
59	ຊື່ທ່ານໜີ້/ຄລິນິກ (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້)	60	ລະຫັດທ່ານໜີ້/ຄລິນິກ (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້)	61	ຊື່ໝໍແຂ້ວ/ຄລິນິກ (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້)
				62	ລະຫັດໝໍແຂ້ວ/ຄລິນິກ (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້)

ໝວດ B: ໂຄງການຕົວຢ່າງ.

63 ຖ້າທ່ານຮ່ວມຢູ່ໃນພວກໃດພວກໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານມີໂອກາດໄດ້ຮັບແຜນຮ່ວມທາງດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ, ແຂ້ວ, ແລະສາຍຕາແບບໃໝ່ທີ່ວຽດ. ທ່ານສາມາດເລືອກແຜນຮ່ວມແບບໃໝ່ນີ້ໄດ້ໂດຍການຂຽນລະຫັດໃສ່ໃນຫ້ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ໃຫ້ເບິ່ງ**ບັນຊີນີ້ Healthy Families** ເພື່ອຫາລາຍລະຫັດຂອງແຜນຮ່ວມ. ໃຫ້ໝາຍບໍ່ອາກຸກບໍ່ອາກຸກທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ. ຄົນພື້ນເມືອງອິນດຽນອາເມຣິກັນ ຫລື ເຮັດວຽກຕາມລະດູຫລືແບບຕ້ອງທ່ຽວຫາ: ກະເສດກັນ ການປ່າໄມ້ ການປະມົງ

ລະຫັດຂອງແຜນຮ່ວມ _____

ໝວດ C: ຄຳຢັ້ງຢືນຂອງ Healthy Families.

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າທຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຍື່ນຂໍໃບສັມັກໃຫ້:

- ອາໄສໃນລັດ California .
- ບໍ່ຢູ່ໃນລຸກຫລືຢູ່ໃນໂຮງໝໍຈິດ.
- ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ສ່ວນ A ຫລືສ່ວນ B.
- ບໍ່ເປັນສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບຈາກໂຄງການຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບແຫ່ງລັດຂອງລັດຮາຊະອາຊີບທີ່ອອກກິນເບີຍານາມແຫ່ງລັດ California .

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນອີກວ່າ:

- ທຸກຄົນທີ່ມີຊື່ໃນໃບສັມັກນີ້ຈະປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບກ່ຽວກັບຜູ້ຮ່ວມໂຄງການ, ວິທີທົບທວນການໃຊ້ໂຄງການ, ແລະວິທີແກ້ໄຂຄວາມຂັດແຍ້ງຂອງແຜນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຊຶ່ງຜູ້ນັ້ນໄດ້ລົງທະບຽນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈ**ບັນຊີນີ້ Healthy Families**. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄຳອະທິບາຍ

ກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ, ແຜນຮັກສາແຂ້ວ, ແລະແຜນຮັກສາສາຍຕາແລະຜົນປະໂຫຍດທີ່ມີ.

- ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສັມັກໃຫ້ລູກຂ້າພະເຈົ້າທຸກຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families**, ແຕ່ໄວແຕ່ເຂົາໄດ້ລົງທະບຽນແລ້ວຫລືຂ້າພະເຈົ້າມີອາຍຸ 18 ປີແລະກຳລັງສັມັກໃຫ້ຕົນເອງ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງວ່າຈະຈ່າຍຄ່າງວດປະຈຳເດືອນເປັນເວລາ 6 ເດືອນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າງວດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຕັດຈາກໂຄງການແລະຈະເຂົ້າອີກບໍ່ໄດ້ຈົນເຖິງ 6 ເດືອນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການ **Healthy Families** ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຊ້ພາຍໃນເດືອນສຸດທ້າຍຫລັງຈາກ ການປະກັນໄດ້ສິ້ນສຸດ.
- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ **Healthy Families** ກວດສາບໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂ້າພະເຈົ້າ, ການປະກັນສຸຂະພາບ, ຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສັມັກໃຫ້, ແລະຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ຢູ່ໃນໃບສັມັກນີ້.

ໝວດ D: ການຮັກສາສາຍຕາສ່ວນຕົວໄວ້ເປັນຄວາມລັບ.

ກົດໝາຍລະບຽບການຮັກສາສາຍຕາສ່ວນຕົວ 1977 ແລະກົດໝາຍການຮັກສາສາຍຕາສ່ວນຕົວໄວ້ເປັນຄວາມລັບແຫ່ງລັດຖະບານກາງໄດ້ກຳນົດວ່າເມື່ອ **Healthy Families** ຈະເອົາລະອຽດ ຮອດກັບຜູ້ໃດ, **Healthy Families** ຈະຕ້ອງຮັກສາຄວາມດັງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

ລາຍລະອຽດສ່ວນຕົວແລະດ້ານພະຍາບານທີ່ຂໍມານັ້ນກໍ່ເພື່ອຜູ້ສູດຜູ້ສັມັກແລະເພື່ອການບໍລິຫານໂຄງການເທົ່ານັ້ນ. ກົດລະບຽບໂຄງການພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ 10, CCR, ໝວດ 2699.6600 ໄດ້ກຳນົດໃຫ້ທຸກຄົນຢືນລາຍລະອຽດບາງຊະນິດເມື່ອຂໍສັມັກໂຄງການ **Healthy Families**. ລາຍລະອຽດ (ພ້ອມກັບຖານະການເຂົ້າເມືອງ) ກ່ຽວກັບຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າໂຄງການ, ຈະໃຊ້ໃນການຕັດສິນສິດທິແລະການບໍລິຫານໂຄງການເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າບໍ່ໄດ້ຢືນລາຍລະອຽດນີ້ອາດຈະມີການສົ່ງໃບສັມັກຄົນຍ້ອນຖືວ່າບໍ່ຄົບຖ້ວນ. ລາຍລະອຽດຂອງໃບສັມັກດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້: ເລກໂຊເຊ, ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຊົນຊາດ (ເວັ້ນໄວ້ແຕ່ຜູ້ສັມັກເປັນຄົນພື້ນເມືອງອິນດຽນອາເມຣິກັນ) ແລະຂໍ້ໃດໆທີ່ໝາຍວ່າບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້. ທຸກຄົນມີສິດເບິ່ງລາຍການທີ່ເປັນລາຍລະອຽດຕົນເອງຊຶ່ງ Managed Risk Medical Insurance Board ໄດ້ຮັກສາໄວ້. ເຈົ້າໜ້າທີ່ທີ່ໄດ້ຮັບຜິດຊອບຮັກສາລາຍລະອຽດແມ່ນ Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695.

ໝວດ E: ການແກ້ໄຂຄວາມຂັດແຍ້ງ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າແຜນການບາງຢ່າງ ທ່ານຕົກລົງວ່າຄຳຮ້ອງທຸກບາງຊະນິດ (ຊຶ່ງອາດລວມທັງຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄວາມພິດພາດທາງດ້ານການຮັກສາພະຍາບານ) ຈະຖືກຕັດສິນຢ່າງເດັດຂາດໂດຍກຳມະການທີ່ເປັນກາງ. ສະມາຊິກຈະສະລະສືກການສູ້ຄະດີໃນສານ. **ບັນຊີນີ້ Healthy Families** ມີລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບແຕ່ລະແຜນແລະຂໍ້ກຳນົດ ກ່ຽວກັບການພິຈາະນາເລື່ອງດ້ວຍຄະນະກຳມະການທີ່ເປັນກາງ. ທ່ານສາມາດໂທຫາແຜນທີ່ທ່ານໄດ້ເລືອກເອົານັ້ນໄດ້ເພື່ອເອົາລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ.

ໝວດ F: ລາຍເຊັນແລະການຮັບຮອງ.

64 ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈລາຍລະອຽດຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງອີກວ່າ ລາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນແບບຟອມນີ້ເປັນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ _____ ວັນທີ _____
(ຖ້າຜູ້ສັມັກໄດ້ແປະໄປ)

ຄໍາແນະນຳສໍາລັບໃບສັມັກ

ພາກ 2 ຕໍ່

ຄໍາຖາມ 23



ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງບ່ອນເກີດຂອງລູກແຕ່ລະຄົນຫລືຂອງແມ່ມານ. ຖ້າໄດ້ເກີດໃນລັດ California, ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງເຄົາມີຕີ. ຖ້າໄດ້ເກີດຢູ່ນອກລັດ California, ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງລັດ. ຖ້າໄດ້ເກີດຢູ່ນອກສະຫະລັດ, ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງປະເທດ.

ຄໍາຖາມ 24

ໃຫ້ໃຊ້ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອຫາເລກລະຫັດຊົນຊາດຫລືຕົວອັກສອນມາເພື່ອຕອບຄໍາຖາມ 24. ສໍາລັບຊົນຊາດອື່ນ, ຈະຕອບຫລືບໍ່ຕອບກໍໄດ້.

ລະຫັດຊົນຊາດ			
1	ຂາວ	A	ອາຊີອາເມຣິກັນ
2	ສະເປນ		ປະສົມ
3	ດໍາ/ອາເມຣິກັນອາຟຣິກັນ	C	ຈີນ
4	ອາຊີ	H	ຂເມນ
5a	ຄົນພື້ນເມືອງອິນດຽນອາເມຣິກັນ	J	ຢີປຸ່ນ
5b	ຄົນພື້ນເມືອງອາລາດສະກາ	K	ເກົາຫລີ
7	ຟິລິບິນ	M	ສະໂມອັນ
		N	ອິນເດັຽ
		P	ຮາວາຍ
		R	ກວາຕາມາລາ
		T	ລາວ
		V	ວຽດນາມ
		Z	ອື່ນໆ

ຄໍາຖາມ 25

• ຮາຍລະອຽດດ້ານການເຂົ້າເມືອງທີ່ທ່ານລົງໃສ່ໃບສັມັກນີ້, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າເປັນເລື່ອງສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະຈະຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບ. ທາງຮັດຈະໃຊ້ຮາຍລະອຽດນີ້ເພື່ອຕັດສິນສິດທິໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເພື່ອບໍລິຫານໂຄງການເທົ່ານັ້ນ. (ໃຫ້ເບິ່ງໃບຜັງເລື່ອງຮັກສາຄວາມລັບສ່ວນຕົວ)

Medi-Cal ແລະ **Healthy Families** ບໍ່ໄດ້ເກັບຮາຍລະອຽດການເຂົ້າເມືອງຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຂໍຮັບປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບຕົນເອງ. ໂຄງການນີ້ບໍ່ສາມາດແລະຈະບໍ່ສົ່ງຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການເຂົ້າເມືອງຂອງພໍ່ແມ່ດັ່ງກ່າວໄປຫາ INS ຫລືໃຊ້ຮາຍລະອຽດການເຂົ້າເມືອງເພື່ອຮຽກຮ້ອງຫລືບັງຄັບໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງເສັຍເງິນໃຫ້ຮັດສໍາລັບການບໍລິການທີ່ເຂົາໄດ້ຮັບຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ.

- ໃຫ້ຮາຍລະອຽດການເຂົ້າເມືອງຂອງຄົນທີ່ກໍາລັງສັມັກເອົາການປະກັນສຸຂະພາບແຕ່ເທົ່ານັ້ນ. ຢ່າໃຫ້ຮາຍລະອຽດຂອງຄົນທີ່ບໍ່ສັມັກ (ເຊັ່ນພໍ່ແມ່).
- ຜູ້ເຂົ້າເມືອງຫລາຍຄົນມີຄຸນສົມບັດທີ່ຈະເອົາ **Healthy Families** ແລະ **Medi-Cal** ໄດ້.

ສໍາລັບ **Healthy Families**: ພວກເດັກຕ້ອງເປັນຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ. **ບັນຖູ່ມີ Healthy Families** ອະທິບາຍວ່າຄົນຕ່າງດ້າວປະເພດໃດທີ່ອາດມີສິດໄດ້ຮັບແລະໄດ້ຮາຍຖານະການເຂົ້າເມືອງຊະນິດຕ່າງໆໃຫ້.

ສໍາລັບ **Medi-Cal**: ພວກເດັກແລະພວກແມ່ມານທີ່ບໍ່ມີເອກະສານການເຂົ້າເມືອງກໍສາມາດຮັບບໍລິການກ່ຽວກັບການຖືພາແລະການຮັກສາສຸກເສີນ. ຜູ້ເຂົ້າເມືອງທີ່ມີເງື່ອນໄຂຖືກຕ້ອງທາງດ້ານຮາຍໄດ້ແລະການເຂົ້າເມືອງທຸກປະການກໍສາມາດຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ **Medi-Cal** ຢ່າງຄົບຖ້ວນໄດ້.

ຄໍາຖາມ 26

• **ບໍ່ຈຳເປັນຈະມີ**ເລກໂຊໂຊສໍາລັບ **Healthy Families** ຫລືສໍາລັບຄົນທີ່ຕ້ອງການ **Medi-Cal** ເພື່ອຮັບບໍລິການສຸກເສີນຫລືບໍລິການກ່ຽວກັບການຖືພາເທົ່ານັ້ນ.



• ເດັກ, ໄວລຸ້ນຫລືຍິງຖືພາທຸກຄົນຈຳເປັນຕ້ອງມີເລກໂຊໂຊຈຶ່ງຈະສາມາດຜົນປະໂຫຍດ **Medi-Cal** ສົມບູນໄດ້.

• ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເລກໂຊໂຊແລະຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດ **Medi-Cal** ທັງໝົດ, ທ່ານສາມາດສັມກໍຂໍເລກໂຊໂຊດຽວນີ້ໄດ້ແລ້ວເອົາເລກນັ້ນມາໃຫ້ພາຍໃນ 60 ວັນຕໍ່ໄປ.

• ເພື່ອເອົາຮາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຂໍເລກໂຊໂຊ, ກະຮຸນາໂທຫາກົມປະກັນສັງຄົມຕາມເລກໂທຟຣີ, **1-800-772-1213**.

ຄໍາຖາມ 27

ໃຫ້ຂຽນຊື່ແມ່ຂອງເດັກແຕ່ລະຄົນແລະ/ຫລືແມ່ມານ. ຖ້າເດັກທຸກຄົນມີແມ່ດຽວ, ໃຫ້ຂຽນຊື່ແມ່ຢູ່ກັບຊື່ລູກຜູ້ທີ 1 ແລ້ວຂຽນ "ຄືກັນ" ສໍາລັບເດັກຄົນອື່ນແລະ/ຫລືແມ່ມານ.

ຄໍາຖາມ 28

ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງພໍ່ຂອງເດັກແຕ່ລະຄົນແລະ/ຫລືແມ່ມານ. ຖ້າເດັກທຸກຄົນມີພໍ່ດຽວ, ໃຫ້ຂຽນຊື່ພໍ່ຢູ່ກັບຊື່ລູກຜູ້ທີ 1 ແລ້ວຂຽນ "ຄືກັນ" ສໍາລັບເດັກຄົນອື່ນແລະ/ຫລືແມ່ມານ.

ຄໍາຖາມ 29

ໃຫ້ຂຽນຊື່ແຜນຂອງເດັກວັຍຮຸ່ນຖ້າແຜນນັ້ນຢູ່ໃນເຮືອນດຽວກັນ. ໃຫ້ຂຽນຊື່ຜົວຂອງແມ່ມານຖ້າຜົວນັ້ນຢູ່ໃນເຮືອນດຽວກັນ.

ຄໍາຖາມ 30

ຖ້າເດັກເຄີຍມີຫລືມີ **Medi-Cal** ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າໃນປັດຈຸບັນນີ້ແລະທາງເຄົາມີຕີໄດ້ສົ່ງໃບຜັງວ່າດຽວນີ້ ເດັກດັ່ງກ່າວມີຫລືຈະມີ **Medi-Cal** ທີ່ຈະຈ່າຍຄ່າໜ້ອຍມື້, ໃຫ້ຕອບວ່າ "ແມ່ນ". ໃຫ້ລົງວັນທີທີ່ການປະກັນ **Medi-Cal** ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າຈະໝົດກຳນົດສໍາລັບແຕ່ລະຄົນ. ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຜັງນັ້ນ, ໃຫ້ຕອບວ່າ "ບໍ່".

ຄໍາຖາມ 31 ແລະ 32

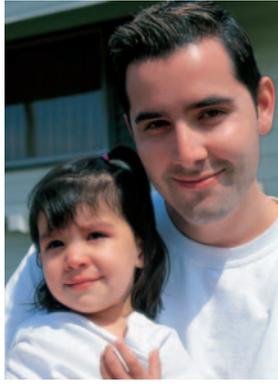
• ສໍາລັບ **Medi-Cal**: ທ່ານສາມາດໃຊ້ **Medi-Cal** ທີ່ບໍ່ຈ່າຍຄ່າແລະຍັງໃຊ້ການປະກັນສຸຂະພາບຢ່າງອື່ນໄດ້. ທາງ **Medi-Cal** ອາດຈະຮັບປະກັນສິ່ງທີ່ບໍ່ຮີດສິດປະກັນອື່ນນັ້ນບໍ່ໄດ້ປະກັນ.

• ສໍາລັບ **Healthy Families**: ລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families** ຖ້າເຂົາມີການປະກັນສຸຂະພາບຈາກນາຍຈ້າງ.

ພາກ 3

ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ.

ພວກເຮົາໄດ້ໃຊ້ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວເພື່ອຕັດສິນວ່າ ລູກມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການໃດ.



ຜູ້ໃດນັບເປັນສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ຂອງຄອບຄົວ?

- ພໍ່ແມ່ຄົງຫລືພໍ່ແມ່ລ້ຽງຂອງເດັກຜູ້ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ
- ຜົວຂອງແມ່ມານທີ່ຂໍສັນຍາ
- ແມ່ມານ
- ເດັກເຍົາທີ່ຕັດຂາດຈາກພໍ່ແມ່ຫລືເດັກເຍົາທີ່ບໍ່ຢູ່ກັບພໍ່ແມ່ແລະລ້ຽງກຸ້ມຕົນເອງ



ໃຜນັບເປັນລູກຄົງຫລືລູກລ້ຽງ?

- ລູກໃນທ້ອງ
- ລູກທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ
- ລູກທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີທີ່ຍັງຮຽນໜັງສືແຕ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ເຮືອນແລະຜູ້ປົກຄອງນັບເປັນຜູ້ທີ່ຍັງຢູ່ໃນຄວາມດູແລເພື່ອຫາກຜາສີຮາຍໄດ້ປະຈຳປີ

ຢ່ານັບສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫລືອເຊັ່ນ SSI/SSP ຫລື CalWORKs.

ຄຳຖາມ 33

ເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນກໍນັບເປັນສະມາຊິກຄອບຄົວເພື່ອການຄຳນວນຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວ.

ຕົວຢ່າງ: ຖ້າມີຊື່ລູກສອງຄົນໃນພາກທີ 2 ແລະສອງຄົນໃນພາກທີ 3, ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດນັບເດັກໄດ້ສີ່ຄົນຢູ່ໃນເຮືອນແທນທີ່ສອງຄົນ. ໃຫ້ຮາຍງານຊື່ຂອງອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງນ້າທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮາຍງານໃນພາກ 2 ຄຳຖາມ 17 (ລູກທີ 1, ລູກທີ 2, ລູກທີ 3, ລູກທີ 4).



ຄຳຖາມ 34

ການຮັບການຮັກສາກ່ອນເກີດລູກແມ່ນສິ່ງສຳຄັນສຳລັບພວກແມ່ມານທຸກຄົນ. ຄຳຕອບຂອງຄຳຖາມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ແທນໂຄງການ **Medi-Cal** ຮູ້ວ່າແມ່ນໃບສັນຍາຂອງແມ່ມານເພື່ອຈະຈັດການໄວກວ່າ.

ຄຳຖາມ 35

ຄຳຕອບຂອງຄຳຖາມນີ້ຈະຊ່ວຍພວກເຮົາຄຳນວນຮາຍໄດ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານຢ່າງຖືກຕ້ອງ.

ຄຳຖາມ 36

ໃຫ້ໝາຍວ່າ "ແມ່ນ" ຖ້າອ້າຍນ້ອງ/ເອື້ອຍນ້ອງ, ອ້າຍນ້ອງນ້າ/ເອື້ອຍນ້ອງນ້າທີ່ມີອາຍຸໃນລະຫວ່າງ 19-21 ປີ, ຫລືພໍ່ແມ່ຫລືພໍ່ແມ່ນ້າຕ້ອງການໄດ້ຮັບການປະກັນ **Medi-Cal**. ຖ້າທ່ານໝາຍວ່າ "ແມ່ນ", ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອເອົາຮາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ.



ພາກ 4

ໃຫ້ບັນທຶກຮາຍໄດ້ຂອງທຸກຄົນທີ່ມີຊື່ໃນພາກ 2 ແລະ 3 ທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ. ພວກເຮົາໄດ້ໃຊ້ຮາຍລະອຽດນີ້ເພື່ອຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດຕາມໂຄງການໃດ.

ຄຳຖາມ 37

ໃຫ້ໃຊ້ແຖວໜຶ່ງສຳລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ມີຮາຍໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າຄົນໃດຄົນໜຶ່ງມີຮາຍໄດ້ຈາກສອງບ່ອນ, ໃຫ້ໃຊ້ສອງແຖວ. **ຕົວຢ່າງ:** ຖ້າມາລີມີງານຢູ່ສອງບ່ອນ, ໃຫ້ໃຊ້ແຖວໜຶ່ງສຳລັບແຕ່ລະບ່ອນເພື່ອຮາຍງານຮາຍໄດ້ຂອງເຂົາ.



ຄຳຖາມ 38

ໃຫ້ບັນທຶກວ່າຮາຍໄດ້ມາຈາກໃສ. **ຕົວຢ່າງ:** ຮາຍໄດ້ນັ້ນມາຈາກການເຮັດວຽກ (ນາຍຈ້າງຫລືການເຮັດວຽກສ່ວນໂຕ); ເງິນຄ່າລ້ຽງເດັກທີ່ມາຈາກພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຮືອນ; ເງິນຄ່າລ້ຽງຄູ່ສົມຮິດທີ່ຢ່າຮ້າງ; ເງິນຜົນປະໂຫຍດຈາກອົງການຂອງຮັດຖະບານ, ເຊັ່ນ: ກົມປະກັນສັງຄົມແລະກົມບໍຣິຫານນັກລົບເກົ່າ; ເງິນປະກັນໄພ, ເງິນເບີຍໍານານ, ເງິນຮາຍໄດ້ຈາກການໃຫ້ເຊົ່າ, ເງິນຂອງຂວັນຈາກຍາດພີ່ນ້ອງ ແລະໝູ່ຄູ່, ແລະອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມວ່າຕ້ອງຮາຍງານຮາຍໄດ້ຫຍັງແນ່ນອນ, ໃຫ້ໂທຫາເລກ **ໂທເຟຣີ, 1-800-880-5305**.

ຢ່ານັບທຶກຮາຍໄດ້ຈາກ SSI/SSP; ເງິນລ້ຽງດູເດັກທີ່ຮັບມາລ້ຽງຊົ່ວຄາວ; ເງິນຮາຍໄດ້ຂອງນັກຮຽນທີ່ເຮັດວຽກຢູ່ທຸກຄັ້ງ; ເງິນ CalWORKs (ແທນ AFDC); ເງິນຢືນ; ແລະຮາຍໄດ້ຈາກຄ່າແຮງຂອງເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 14 ປີຫລືຍັງເຂົ້າໂຮງຮຽນ.

ຄຳຖາມ 39

ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນນີ້ລະຍະໃດແນ່ນອນ? **ຕົວຢ່າງ:** ອາທິດລະເທື່ອ (ທຸກອາທິດ), ທຸກໆສອງອາທິດ, ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ, ເດືອນລະເທື່ອ, ປີລະເທື່ອ, ແລະອື່ນໆ.



ຄຳຖາມ 40

• ໃຫ້ບັນທຶກຈຳນວນຮາຍໄດ້ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຕ່ລະເທື່ອ. **ຕົວຢ່າງ:** ຖ້າໄດ້ຮັບເງິນຮາຍໄດ້ອາທິດລະເທື່ອ, ໃຫ້ຂຽນຈຳນວນທີ່ຮັບໃນອາທິດນັ້ນໃນບ່ອນ.

• ຖ້າຈຳນວນຮາຍໄດ້ນັກປ່ຽນໄປມາຕາມລະຍະເວລາ, ໃຫ້ຂຽນຈຳນວນສະເລ່ຍຮາຍໄດ້ປະຈຳ. ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຫາງເຊັ່ນຫລືເອກະສານອື່ນໆທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອຄຳນວນຈຳນວນຮາຍໄດ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ.

• ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮູ້ຈັກວ່າຮາຍໄດ້ຈະຂຶ້ນຫລືລົງພາຍໃນສອງສາມເດືອນຂ້າງໜ້າ ບ່ອນເຮັດວຽກເກີນເວລາກຳນົດ, ການຂຶ້ນຕຳແໜ່ງ, ການຂຶ້ນອັດຕາຄ່າງານ, ຄາດໝາຍການເພີ່ມເງິນຄ່າລ້ຽງເດັກ/ເນີຍ, ການຖືກໃຫ້ອອກງານ, ການພັກພ່ອນຈາກງານ, ແລະອື່ນໆ, ໃຫ້ໃຊ້ເຈ້ຍຕ່າງຫາກເພື່ອອະທິບາຍ. **ຕົວຢ່າງ:** ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກຂອງມາລີໃນເດືອນນີ້ແມ່ນຈຳນວນ \$1000 ແຕ່ຕາມທັມມະດາຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນມີແຕ່ \$800 ຕໍ່ອາທິດ. ໃຫ້ໃຊ້ເຈ້ຍນັ້ນອະທິບາຍວ່າໃບເຊັ່ນຄ່າແຮງຂອງມາລີມີ \$200 ຈາກງານທີ່ເຮັດເຫລືອກຳນົດ (ຫລືເປັນໂບນັຊ \$200), ແລະຈະໄດ້ເຮັດວຽກທີ່ເກີນເວລາກຳນົດນັ້ນດິນປານໃດ (ຈະໄດ້ຮັບໂບນັຊແຕ່ລະເທື່ອລະຍະເທົ່າໃດ).

• ຖ້າເຮັດວຽກໂດຍຕົນເອງ, ໃຫ້ບັນທຶກຈຳນວນຂອງຜົນກຳໄລສິດຈາກພາກ C ຂອງແບບຟອມພາສີຮາຍໄດ້ໃຫ້ຮັດຖະບານກາງຂອງປີກາຍນີ້. ຫລືສິ່ງຮາຍງານຜົນກຳໄລຫລືຂາດທຶນຂອງສາມເດືອນທີ່ຜ່ານມາຂັດມາພ້ອມນີ້.

• ຖ້າໄດ້ໃຊ້ແບບຟອມພາສີຮາຍໄດ້ແຫ່ງຮັດຖະບານກາງຂອງປີກາຍນີ້, ໃຫ້ບວກຈຳນວນຮາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮາຍງານ. ບໍ່ຕ້ອງຫັກຈຳນວນຂາດທຶນ.

ຄຳຖາມ 41

• ການຂຽນເລກໂຊໂຊບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບຄຳຖາມຂໍ້ນີ້.

ພາກ 5

ຄຳຕອບໃນພາກນີ້ຈະຊ່ວຍພວກເຮົາຕັດສິນວ່າຈຳນວນໃດທີ່ເຮົາຈະໃຊ້ເພື່ອ
ຫຼຸດລົງຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຂອງຄອບຄົວທ່ານ .

ຄຳຖາມ 42

ພວກເຮົາອາດຈະຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລ້ຽງລູກຫລືລ້ຽງແມ່ຮ້າງທີ່ສາມ
ໄດ້ສິ່ງໃຫ້ຈາກຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວ .



ຄຳຖາມ 43

ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຈ່າຍຄ່າລ້ຽງລູກຫລືແມ່ຮ້າງ .

ຄຳຖາມ 44

ໃຫ້ຂຽນຈຳນວນທັງໝົດທີ່ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກຫລືແມ່ຂອງແມ່ມານ
(ທີ່ຮາຍງານໃນພາກ 2) ໄດ້ຈ່າຍຕໍ່ເດືອນເປັນຄ່າລ້ຽງລູກຫລືແມ່ຮ້າງ .

ຄຳຖາມ 45

ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງແຕ່ລະຄົນທີ່ກຳລັງຮັບເງິນດູແລເດັກຫລືເງິນຮັກສາ
ເດັກພິການ .



ຄຳຖາມ 47

ໃຫ້ຂຽນຈຳນວນຄ່າທັງໝົດທີ່ໄດ້ຈ່າຍໃນນຶ່ງເດືອນສຳລັບລູກຫລືຜູ້ພິການແຕ່
ລະຄົນ .

ພວກເຮົາອາດຈະຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດູແລລູກແລະ/ຫລືຮັກສາຜູ້ພິການ
ອອກຈາກຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຖ້າ :

- ແມ່ນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກຫລືຜົວຂອງແມ່ມານເປັນຜູ້ຈ່າຍຄ່າ
(ທີ່ໄດ້ຮາຍງານໃນພາກ 2) ;
ແລະ
- ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກຫລືຜົວຂອງແມ່ມານ (ໃນພາກ 2) ເຮັດວຽກຫລືກຳລັງ
ຮັບການຝຶກຝົນອາຊີບ; ແລະບໍ່ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນເຮືອນທີ່ຈະຊ່ວຍຮັກສາໃຫ້ .

ພວກເຮົາຈະນັບວ່າຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວໄດ້ຫຼຸດລົງບໍ່ເກີນຈຳນວນສູງສຸດທີ່
ອະນຸຍາດໃຫ້ສຳລັບການຮັກສາເດັກແຕ່ລະຄົນຫລືການຮັກສາຜູ້ພິການແຕ່ລະ
ຄົນ . ຈຳນວນສູງສຸດໄດ້ອີງຕາມອາຍຸຂອງຄົນທີ່ຮັບການຮັກສາ .

ຈຳນວນລາຍເດືອນທີ່ສູງທີ່ສຸດຊຶ່ງຫັກອອກໄດ້ສຳລັບເດັກແລະຜູ້ພິການແຕ່ລະ
ຄົນແມ່ນ :

ເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 2 ປີ	= \$200
ເດັກທີ່ມີອາຍຸ 2 ປີຂຶ້ນໄປ	= \$175
ຜູ້ພິການຢູ່ໃນການດູແລທຸກອາຍຸ	= \$175



ການນັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການເຮັດວຽກ
 ອາດຫັກໄດ້ເຖິງ \$90 ສຳລັບແຕ່ລະຄົນໃນຄອບຄົວທີ່ຮາຍງານໃນພາກ
 4 ທີ່ເຮັດວຽກຫລືທີ່ຮັບເງິນປະກັນຜູ້ເສຍອົງຄະຂອງລັດຫລືເງິນຄ່າຊົດເຊີຍ
 ຄົນງານທີ່ໄດ້ຮັບບາດເຈັບຈາກການເຮັດງານ .

ການນັບຄ່າລ້ຽງເດັກແລະລ້ຽງແມ່ຮ້າງ
 ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຄ່າລ້ຽງເດັກຫລືເງິນຄ່າລ້ຽງແມ່ຮ້າງ, ອາດຈະນັບ
 ວ່າຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຫຼຸດລົງ \$50 ໄດ້ .

ພາກ 6

ການປະກັນຢ່າງອື່ນ .



ຄຳຖາມ 48

ຖ້າຫາກວ່າທາງ **Medi-Cal** ໄດ້ຈ່າຍຄ່າ ບໍຣິການພະຍາບານທີ່ທ່ານຕ້ອງ
ການຍ້ອນມີ ອຸບັດເຫດຫລືໄດ້ຮັບບາດເຈັບ, ຖ້າທ່ານ ຝ່ອງເອົາຄ່າຊົດເຊີຍໄດ້,
ທາງ **Medi-Cal** ອາດຈະເອົາເງິນນັ້ນເປັນຄ່າຮັກສາໃຫ້ທ່ານ .

ຄຳຖາມ 49

ທາງ **Medi-Cal** ອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍຄ່າຮັກສາພະຍາບານບາງ
ຢ່າງໄດ້ທີ່ທ່ານໄດ້ຕິດໜັ້ພາຍໃນ 3 ເດືອນກ່ອນທີ່ທ່ານໄດ້ຂຽນໃບສັມັກນີ້ .

- ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍເອົາ **Healthy Families** ແລະຍັງ
ຕິດໜັ້ຄ່າຮັກສາພະຍາບານທີ່ເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 3 ເດືອນກ່ອນທີ່ທ່ານ
ຂຽນໃບສັມັກໃບນີ້ກໍຕາມ, ທາງ **Medi-Cal** ອາດສາມາດຊ່ວຍ
ເສັຍຄ່າໃຫ້ທ່ານໄດ້ .
- ຖ້າທ່ານໄດ້ໝາຍວ່າ "ແມ່ນ", ຜູ້ແທນ **Medi-Cal** ຈະໂທຫາທ່ານ
ເພື່ອເອົາຮາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ .

ຄຳຖາມ 50

ຖ້າຫາກເດັກນ້ອຍໃນພາກ 2 ໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຄງການ **Medi-Cal**
ປະເພດບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແລະລາຍໄດ້ຂອງທ່ານໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນໃນອະນາຄົດ,
ຫລືສະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ, ພວກເຮົາຈະສິ່ງໃບສັມັກຂອງທ່ານ
ໄປໃຫ້ແກ່ໂຄງການ **Healthy Families** . ຖ້າຫາກວ່າ
ທ່ານບໍ່ຢາກໃຫ້ສິ່ງໃບສັມັກຂອງທ່ານໄປຫາໂຄງການ **Healthy Families**,
ຈິ່ງໝາຍໃສ່ກ່ອງນີ້ .



ພາກ 7

ຮາຍລະອຽດທີ່ທ່ານສັມັກບອກ .

ຄຳຖາມ 51 ແລະ 52

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຕອບຄຳຖາມເຫລົ່ານີ້ກໍໄດ້ .



ພາກ 8

ຮາຍເຊັ່ນແລະການຍິ່ງຢືນ .

ຄຳຖາມ 53

ກົດໝາຍຂອງຣັດແລະຣັດຖະບານກາງໄດ້ກຳນົດໃຫ້ທ່ານເຊັ່ນຊໍ່ໃສ່ໃບສັມັກນີ້ .
ການເຊັ່ນຊໍ່ໃນພາກນີ້ໄດ້ເສັຽແດງວ່າ ການບັນທຶກແລະຄຳຕອບຂອງທ່ານເປັນ
ຄວາມຈິງແລະເອກະສານທີ່ທ່ານໄດ້ຍືນນັ້ນເປັນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງ .

ພາກ 9

ການຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂໍສັມັກ .

ຄຳຖາມ 54

ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງ, ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານໄດ້ໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ **Healthy Families**
Medi-Cal ໃຫ້ຮາຍລະອຽດທາງໂທຣະສັບກ່ຽວກັບ
ສະພາບຂອງໃບສັມັກແກ່ ຜູ້ແທນອົງການລົງທະບຽນ (EE) ທີ່ໄດ້ບິ່ງບອກໄວ້ .
ການອະນຸຍາດນີ້ຈະສິ້ນສຸດໃນວັນທີທີ່ໂຄງການໄດ້ສິ່ງຜົນຕັດສິນການມີສິດຂອງ
ໃບສັມັກນີ້ .

ຄຳຖາມ 55

ທ່ານໄດ້ບິ່ງບອກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກ CAA
ເພື່ອໂຄງການຈະສາມາດສິ່ງເງິນຄືນແກ່ EE ເພື່ອຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ .





ການຂຽນປະກອບໜ້າ HEALTHY FAMILIES

ຄຳຖາມ 56 ຫາ 64

ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ຖ້າປາກົດວ່າລູກຂອງທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families** ແລະທ່ານຢາກໃຫ້ເຂົາເລີ່ມການຮັບປະກັນສຸຂະພາບໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້. ບໍ່ສະນັ້ນ, ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ກັບທ່ານທີ່ຫລັງເພື່ອເອົາຮາຍລະອຽດນີ້.

ປຶ້ມຄູ່ມືຂອງ Healthy Families

ມີຮາຍລະອຽດສຳຄັນກ່ຽວກັບໂຄງການ, ແຜນທີ່ມີຢູ່ໃນເຄື່ອງໝໍ້ຂອງທ່ານ, ການເລືອກທ່ານໝໍຫລືໝໍແຂວ້ວແລະການຈ່າຍຄ່າງວດ. ໃຫ້ໃຊ້ປຶ້ມຄູ່ມືເພື່ອເລືອກແຜນສຸຂະພາບ, ແຜນຮັກສາແຂວ້ວແລະແຜນຮັກສາສາຍຕາ.



ໃຫ້ສິ່ງຄ່າງວດຂອງເດືອນທຳອິດພ້ອມກັບໃບສັ່ງ, ໜ້າ A1-A4. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າງວດຂອງ 3 ເດືອນທຳອິດເທື່ອດຽວ, ທ່ານຈະໄດ້ຄ່າງວດຂອງເດືອນທີ 4 **ພຣີ!** ໃຫ້ຂຽນໃບເຊັກສິ່ງຈ່າຍໃຫ້ **Healthy Families**. ຈະຈ່າຍເປັນເຊັກສ່ວນຕົວ, ທະນານັດ (money orders) ຫລືເຊັກທະນາຄານ (cashier's checks) ກໍໄດ້. ຂໍໃຫ້ອາພັຍ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ຮັບເງິນສົດ. ໃຫ້ເບິ່ງປຶ້ມຄູ່ມື **Healthy Families** ເພື່ອຮັບຮູ້ວ່າຄ່າງວດຂອງທ່ານຈະມີເທົ່າໃດ. ຖ້າຫາກວ່າລູກຂອງທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ **Healthy Families**, ຄ່າງວດຂອງທ່ານຈະຖືກລົງຄືນໃຫ້ທ່ານ.

ເພື່ອຂໍປຶ້ມຄູ່ມື **Healthy Families** ຫົວໜຶ່ງ, ກະຮຸນາໂທຕາມເລກໂທພຣີ, **1-800-880-5305**, ຫລືໄປເບິ່ງສະຖານທີ່ອິນເຕີເນດຂອງເຮົາຢູ່ທີ່ www.healthyfamilies.ca.gov.



ຈະຕ້ອງມີເອກະສານຫຍັງແນ່

- ສຳເນົາໃບລາຍເກີດສຳລັບຄົນທີ່ເປັນສັນຊາດຫລືຊົນຊາດອາເມຣິກັນທີ່ຮ້ອງຂໍການປະກັນສຸຂະພາບ. ໃຫ້ສິ່ງມາດຽວນີ້ຫລືພາຍໃນ 60 ວັນຫລັງຈາກລົງທະບຽນ.



ຫລື

ຫລັກຖານຖານະການເຂົ້າເມືອງຫລືໃບຮັບເງິນຈາກກົມ INS ທີ່ເປັນຫລັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ຂໍເອກະສານໃໝ່ແທນໃບທີ່ຖືກຮັບ. ມີເຜົ່າຄົນທີ່ກຳລັງຮ້ອງຂໍເອົາການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ຄວນສິ່ງສຳເນົາເອກະສານສະແດງວັນທີເຂົ້າເມືອງ (ທັງໃບໜ້າຫລັງ) ຫລືໃບຮັບເງິນດຽວນີ້ຫລືພາຍໃນ 30 ວັນຫລັງຈາກການລົງທະບຽນ. ຖ້າເດັກຫລືແມ່ມານບໍ່ມີເອກະສານການເຂົ້າເມືອງ, ເຂົາເຈົ້າຍັງອາດມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການຂອງ **Medi-Cal** ດ້ານການຮັກສາສຸກເສີນຫລືດ້ານການຖືພາ.

- ຫລັກຖານການນັບຮາຍໄດ້ທີ່ບັນທຶກໃນພາກ 5. ສຳລັບການດູແລເດັກແລະການຮັກສາຜູ້ພິການ, ໃຫ້ສິ່ງໃບຮັບເງິນຫລືໃບເຊັກທີ່ຖືກປະທັບຕາຮາຍເລັ່ວ.



- ຫລັກຖານການອາໄສຢູ່ໃນລັດ California. ທ່ານຈະສາມາດໃຊ້ຫລັກຖານຮາຍໄດ້ໃຫ້ເປັນຫລັກຖານການອາໄສໄດ້ຄືກັນ. ຖ້າຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານມາຈາກນອກລັດ California, ໃຫ້ສິ່ງຫລັກຖານຢ່າງອື່ນມາເພື່ອຜູ້ສູດວ່າທ່ານຢູ່ລັດ California.

- ຖ້າທ່ານຖືພາ, ຫລືຍິນໃບສັ່ງສຳລັບເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ, ຕ້ອງມີຫລັກຖານການຖືພາຈາກທ່ານໝໍຫລືຄລິນິກ.

- ຫລັກຖານຂອງຮາຍໄດ້. ໃຫ້ສິ່ງສຳເນົາຫາງເຊັກເທື່ອສຸດທ້າຍມາ. ຖ້າບໍ່ມີຫາງເຊັກ, ໃຫ້ເອົາໜັງສືຮັບຮອງຈາກນາຍຈ້າງ. ໜັງສືດັ່ງກ່າວຕ້ອງມີຮາຍໄດ້ລວມຍອດຂອງເດືອນນັ້ນພ້ອມກັບວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນ.

ຫລື



ໃຫ້ສິ່ງສຳເນົາໃບແບບຟອມພາສີຮາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງປະຈຳປີຜ່ານມາ. ຫລັກຖານຂອງຮາຍໄດ້ຢ່າງອື່ນທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງສິ່ງມາ:

- ຖ້າວ່າຄົນໃດເຮັດວຽກສ່ວນໂຕ, ໃຫ້ສິ່ງແບບຟອມພາສີຮາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງປະຈຳປີທີ່ຜ່ານມາ (ພ້ອມດ້ວຍ Schedule C) ຫລືໃບຮາຍງານຜົນກຳໄລ/ຂາດທຶນໃນ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.

- ຖ້າຄົນໃດຄົນໜຶ່ງມີຮາຍໄດ້ຈາກຄວາມພິການຫລືຈາກການກິນຮີບບໍານານ, ໃຫ້ສິ່ງສຳເນົາຈົດໝາຍອະນຸມັດເງິນຫລືຮາຍງານບັນຊີຂອງທະນາຄານທີ່ສະແດງການຝາກເງິນທີ່ໄດ້ຮັບມາໂດຍກົງ.



- ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຮັບເງິນຄ່າລ້ຽງດັກແລະ/ຫລືແມ່ຮ້າງຫລືເງິນຄ່າລ້ຽງເມັຍ, ໃຫ້ສິ່ງສຳເນົາໃບເຊັກທີ່ໄດ້ຮັບຫລືໃບຮາຍງານຈາກພະແນກການເກັບເງິນລ້ຽງຄອບຄົວແຫ່ງໂອຍະການຂອງເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.

- ສຳລັບ **Healthy Families** ທີ່ນັ້ນ; ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ "ໃບແຈ້ງການດຳເນີນການແບ່ງການຈ່າຍຄ່າ" ("Share-of-Cost Notice of Action") ຈາກ **Medi-Cal** ພາຍໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາທີ່ສະແດງວ່າເດັກມີສ່ວນຮັບຜິດຊອບການຈ່າຍຄ່າ, ທ່ານກໍສາມາດໃຊ້ເປັນຫລັກຖານຮາຍໄດ້.

ຄຳແຈ້ງການຮັກສາຂໍ້ມູນໄວ້ເປັນຄວາມລັບຂອງ Medi-Cal :

ຮາຍລະອຽດທີ່ຢູ່ໃນໃບສັມັກໃບນີ້ເປັນເລື່ອງສ່ວນຕົວແລະຈະຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບພາຍໃຕ້ປະມວນກົດໝາຍສະຫວັດດີການແລະສະຖາບັນໝວດ 10850 ແລະ 14100.2. ຈະເປີດເຜີຍຮາຍລະອຽດໄດ້ແຕ່ໃນກໍລະນີທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍເຫຼົ່ານັ້ນເທົ່ານັ້ນ .

ສິດທິກ່ຽວກັບ Medi-Cal, ການຮັບຜິດຊອບແລະຄຳຢັ້ງຢືນຕໍ່ Medi-Cal :



ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທິທີ່ຈະ :

- ຖືກນັບຖືຢ່າງຍຸຕິທຳແລະເທົ່າທຽມກັນໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງເຊື້ອຊາດ, ຜິວພັນ, ສາສນາ, ຊົນຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ອາຍຸ, ຫລືລັດທິການເມືອງ .
- ຂໍນາຍພາສາ .
- ຂໍຮ້ອງພິຈາຣະນາເລື່ອງຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າການຕັດສິນເລື່ອງ **Medi-Cal** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມຍຸຕິທັມຫລືຜິດພາດ . ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮ້ອງຂໍການພິຈາຣະນາເລື່ອງພາຍໃນ 90 ວັນຫລັງຈາກວັນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ "ໃບແຈ້ງການດຳເນີນການ" . ເພື່ອຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບການພິຈາຣະນາເລື່ອງ **Medi-Cal**, ໃຫ້ໂທຟຣີ 1-800-952-5253 .



ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ :

- ສິ່ງຮາຍງານສະພາບການໃນເມື່ອເລີ່ມຕົ້ນຂໍເອົາ .
- ແຈ້ງການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຮາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນໃບສັມັກນີ້ພາຍໃນ 10 ວັນ .
- ແຈ້ງເລີ່ມຕົ້ນໃຫ້ຊາບຖ້າສະມາຊິກຄອບຄົວ : ຢືນໃບສັມັກຂໍຜົນປະໂຫຍດຈາກການເປັນພິການ; ອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນສາທາຣະນະ; ຫລືໄດ້ຮັບການຮັກສາພະຍາບານຍ້ອນຖືກອຸບັດເຫດຫລືໄດ້ຮັບບາດເຈັບຈາກຄົນອື່ນ .
- ຖ້າສຳນວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກທວນຄືນຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮ່ວມມື .

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າທຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຢືນຂໍໃບສັມັກໃຫ້ :

- ອາໄສໃນລັດ California ແລະມີຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະຢູ່ທີ່ນີ້ຕໍ່ໄປ .
- ບໍ່ເປັນເຈົ້າຂອງຫລືເຊົ່າເຮືອນພັກຢູ່ນອກລັດ California .
- ບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫລືອຈາກນອກລັດ California .
- ບໍ່ຢູ່ໃນລຸກ, ເຮືອນຈຳ, ຫລືສະຖານບັນກັກຂັງຢ່າງອື່ນ .



ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນອີກວ່າ :

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການເຂົ້າ **Medi-Cal**, ມີເຖິງອັນໄວວ່າສິດທິໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນການຮັກສາພະຍາບານທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີໄດ້ໂອນໃຫ້ລັດ California ຢ່າງອັດໂນມັດ .
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການ **Medi-Cal** ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າອາດມີຄຸນສົມບັດພໍສຳລັບໂຄງການອື່ນໄດ້ແລະຂ້າພະເຈົ້າມີສິດສັມັກເອົາ .
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈັບຕາມບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການ, ຫລືຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຈິງ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜົນປະໂຫຍດອາດຈະຖືກປະຕິເສດຫລືສິ້ນສຸດແລະອາດຈະຕ້ອງຊົດເຊີຍເງິນຄືນ . ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກສອບສວນໃນຂໍ້ຫາສື່ໂກງໄດ້ອີກ .

ການແຈ້ງການຮັກສາຂໍ້ມູນໄວ້ເປັນຄວາມລັບຂອງ Medi-Cal :

ກົດໝາຍລະບຽບການຮັກສາຂໍ້ມູນປີ 1977 ແລະກົດໝາຍການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວໄວ້ເປັນຄວາມລັບແຫ່ງຣັດຖະບານກາງໄດ້ກຳນົດໃຫ້ກົມສາທາຣະນະສຸກໄດ້ອອກຮາຍລະອຽດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ : ປະມວນກົດໝາຍສະຫວັດດີການແລະສະຖາບັນໝວດ 14011 ແລະກົດລະບຽບໃນຫົວຂໍ້ 22, CCR, ໄດ້ກຳນົດໃຫ້ຜູ້ສັມັກໂຄງການ **Medi-Cal** ຢືນຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຄຸນສົມບັດທີ່ໄດ້ຂໍໃບສັມັກ . ຮາຍລະອຽດນີ້ອາດຈະເປີດເຜີຍກັບອົງການຮັດຖະບານກາງ, ຣັດ, ແລະທ້ອງຖິ່ນເພື່ອຢັ້ງຢືນສິດທິໄດ້ຮັບແລະເພື່ອບໍລິຫານໂຄງການ **Medi-Cal**, ລວມທັງການຢັ້ງຢືນຖານະການເຂົ້າເມືອງກັບກົມ INS ສຳລັບຜູ້ສັມັກຜົນປະໂຫຍດ **Medi-Cal** ສົມບູນ . (ກົດໝາຍຂອງຣັດຖະບານກາງໄດ້ບອກວ່າທາງ INS ບໍ່ສາມາດເອົາຮາຍລະອຽດນີ້ໄປເຮັດແນວອື່ນເວັ້ນໄວ້ແຕ່ໃນເລື່ອງການສື່ໂກງ.) ຮາຍລະອຽດຈະຖືກໃຊ້ໂດຍຮະບົບເກັບຂໍ້ມູນອິແລກໂຕຣນິກເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດແລະເຮັດບັດປະຈຳຕົວ (BICs) . ຖ້າບໍ່ໄດ້ຢືນຮາຍລະອຽດທີ່ກຳນົດນັ້ນໃບສັມັກອາດຈະຖືກປະຕິເສດ .

ການບອກຮາຍລະອຽດທີ່ກຳນົດໃນແບບຟອມນີ້ເປັນສິ່ງຈຳເປັນ, ຍົກເວັ້ນຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຊົນຊາດ, ແລະຂໍ້ໃດທີ່ໝາຍວ່າຕອບຫລືບໍ່ຕອບກໍໄດ້ . ຕ້ອງບອກເລກໂຊໂຊຕາມທີ່ກຳນົດໃນກົດໝາຍການປະກັນສັງຄົມໝວດ 1137(a)(1) ແລະຕາມປະມວນກົດໝາຍສະຫວັດດີການແລະສະຖາບັນໝວດ 14011.2, ເວັ້ນໄວ້ແຕ່ທ່ານສັມັກເອົາຜົນປະໂຫຍດການຮັກສາສຸກເສີນຫລືການຖືພາເທົ່ານັ້ນ .



ທຸກຄົນມີສິດກວດຮາຍການທີ່ມີຮາຍລະອຽດສ່ວນຕົວຂອງຕົນຊຶ່ງທາງກົມສາທາຣະນະສຸກໄດ້ຮັກສາໄວ້ . ໃຫ້ຕິດຕໍ່ສຳນັກງານສາທາຣະນະສຸກ/ກົມສັງຄົມສົງເຄາະໃນເລີ່ມຕົ້ນຂອງທ່ານເພື່ອຂໍເບິ່ງຮາຍການຂອງທ່ານ .



ເພື່ອຫາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້... ກະຮຸນາໂທຫາຟຣີ, 1-800-880-5305

For English information, Press 1.....



1

English

Si desea información en español, oprima el 2.....



2

Spanish

Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3.....



3

Vietnamese

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមជាភាសាខ្មែរ, សូមទូរស័ព្ទទៅលេខខាងលើហើយចុចលេខ 4.....



4

Cambodian

Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5.....



5

Hmong

Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք հեռաձայնեք վերը նշված համարով եւ սեղմեք 6.....



6

Armenian

如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7.....



7

Cantonese

한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8) 을 누르십시오.....



8

Korean

Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9.....



9

Russian

برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره 0 را فشار دهید.....



0

Farsi